

Sistema de Salud y Servicios Humanos
PROGRAMA DE INTERVENCION A UNA EDAD TEMPRANA
Forma Autorización/Petición de Información

Agencia Iniciadora	Persona Encargada
Domicilio de la Agencia	Número Teléfono
Nombre Completo del Niño(a)	
Número del Seguro Social del niño	Fecha de Nacimiento

Como padre de familia o guardián del niño(a) menor de edad, yo doy mi consentimiento a la(s) agencia(s) identificadas abajo, para que compartan la información en las que yo he puesto mis iniciales.

Iniciales:

Tipo de Información:

_____ Información de salud, especifique: _____

_____ Diagnóstico/reportes de Terapia, especifique: _____

_____ Expedientes de Educación, especifique: _____

_____ Expedientes de Educación e Intervención a una edad Temprana: _____

_____ Otra información específica: _____

En la lista de abajo hay un número de agencias que pueden proveer servicios para los niños y sus familias que tienen necesidades especiales. Yo entiendo que estas agencias usarán y mantendrán ésta información confidencialmente, acerca de mi niño(a) y mi familia. La razón del intercambio de ésta información es para coordinar los servicios, proveer programas apropiados, y para asegurar que mi niño(a) y mi familia, obtengan estos servicios lo más pronto posible. Yo pondré mis iniciales cerca de las agencias con las que yo quiero compartir la información identificada arriba.

Initials:

AGENCY/PROGRAM:

_____ Distrito Escolar, especifique: _____

_____ Hospital, especifique: _____

_____ Sistema de Salud y Servicios Humanos: _____

_____ Doctor/Clínica, especifique: _____

_____ Otras, especifique: _____

Yo entiendo: 1) Que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento; 2) Que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que será compartida; 3) Que si no doy mi consentimiento para compartir la información, no les será posible a las agencia determinar cuales son los mejores servicios disponibles para mi niño(a) y familia; y 4) Que estoy proporcionando mi consentimiento voluntariamente y que entiendo la información contenida en esta forma.

Firma del/los Padre(s) o Guardián	Relación con el Niño(a)	Fecha
Domicilio	Ciudad/Estado/Código Postal	Número Telefónico

A no ser que se especifique de otra maneava, esta liberación de información es válida por un año, a partir de: _____ hasta _____. La información compartida por las agencias en la lista de arriba, no serán reveladas a nadie sin el permiso por escrito por parte de los padres o guardián del niño(a).